

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° 499

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

DEHISSY Ahmed

Né le 9 Janvier 1906 à KAIROUAN

**Contribution à l'étude
du traitement des
Érythrodermies Streptococciques**

Président : M. GOUGEROT, Professeur

René DRIVON, Imprimeur
8, Rue Saint-Séverin, Paris V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

DEHISSY Ahmed

Né le 9 Janvier 1906 à KAIROUAN

**Contribution à l'étude
du traitement des
Érythrodermies Streptococciques**

Président : M. GOUGEROT, Professeur

René DRIVON, Imprimeur

8, Rue Saint-Séverin, Paris V^e

LE DOYEN ROUSSY.

I. — PROFESSEURS.

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
	LOEPER
Clinique médicale	CARNOT
	CLERC
Hygiène et clinique de la première enfance.....	Marcel LABBÉ
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBOULLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBÉCOURT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	H. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN
	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	MOCQUOT
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose	SERGENT
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte....	BEZANÇON
Clinique cardiologie	MATHIEU
	LAUBRY
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON
	OLIVIER
	VERNE



II. — AGREGES EN EXERCICE.

MM.

AMELINE.. Pathologie chirurgicale.
BARIETY..... Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri). Pathologie médi-
cale.
BERNARD (Etienne). Pathologie médi-
cale.
BESANÇON (Justin)..... Hydrologie
BOULIN Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
COSTE Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
FEY Urologie
FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES. Patho-
logie chirurgicale.
GAYET Physiologie.
DE GENNES.... Pathologie médicale.
GIROUD Histologie.
HAGNENAU... Pathologie médicale.
HALPHEN.... Oto-rhino-laryngologie
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN.. Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL..... Obstétrique.
LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
LELONG..... Pathologie médicale.
LEMAIRE.. Pathologie expérimentale.
LEVEUF.... Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY..... Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psy-
chiatrie.
MÈNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET.... Pathologie médicale.
MOREAU..... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgi-
cale.
MOUQUIN..... Pathologie médicale.
OBERLING.. Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chi-
rurgicale.
PIÉDELIEVRE..... Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ..... Chimie biologique.
SÈNEQUE.. Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE... Pathologie expérimen-
tale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES..... Obstétrique.
WILMOTH.. Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens.

MM.

ALGLAVE.. Pathologie chirurgicale.
BUSQUET..... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT..... Physiologie.
GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS.. Pathologie chirurgi-
cale.
LEROUX.... Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE..... Parasitologie.
PHILIBERT..... Bactériologie.
VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGREGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHIRAY		HEITZ-BOYER..	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ ...	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.		VELTER	
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
LE LORIER ...	
LÉVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS.

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT
DES ERYTHRODERMIES STREPTOCOCCIQUES

A la mémoire de ma mère et de ma sœur
qui m'ont été enlevées très tôt,
en souvenir de ce qu'elles ont été pour moi

A mon Père
en faible témoignage pour
tous les sacrifices qu'il s'est
imposé pour moi.

A mes Sœurs

A toute ma famille

A mon Pays que j'aime tant.

A Monsieur le Professeur H. GOUGEROT

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique
des maladies cutanées et Syphiligraphie
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

qui a bien voulu nous faire le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse

A Monsieur le Professeur Agrégé A. SEZARY

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
qui nous a inspiré le sujet de cette thèse

A tous nos Maîtres des Hôpitaux et de la Faculté

AVANT-PROPOS

Bien que l'érythrodermie streptococcique soit aujourd'hui nettement individualisée, son traitement reste encore à l'étude.

Une thérapeutique conçue par notre Maître M. le P^r Agrégé Sézary, et essayée dans son service de l'Hôpital Saint-Louis, nous a permis d'obtenir des résultats appréciables chez deux malades atteints de cette maladie.

Elle consiste à associer à la crème d'Alibour les traitements par le choc.

C'est en raison du grand intérêt qu'elle présente, qu'il nous a semblé utile de publier les observations des deux malades que nous avons pu suivre durant leur hospitalisation et jusqu'à leur sortie après guérison complète.

Dans ce modeste travail, après avoir donné quelques généralités sur l'érythrodermie streptococcique et envisagé les traitements qui ont été faits, nous étudierons la méthode que nous préconisons, puisse-t-elle jeter ainsi une lueur d'espoir sur le pronostic par ailleurs sombre de cette affection si rebelle.

Qu'il nous soit permis au terme de ce préambule de présenter

à notre Maître M. le P^r Agrégé Sézary, l'expression de nos sentiments de profonde gratitude pour nous avoir suggéré le sujet de cette thèse et guidé dans sa réalisation.

GENERALITES

On appelle érythrodermie une rougeur inflammatoire de la peau, très étendue ou généralisée, plus ou moins persistante, et squameuse. (Darier)

Nous n'entrerons pas dans les détails d'une description clinique de l'érythrodermie streptococcique primitive, qui dépasserait le cadre de ce travail. On la trouvera remarquablement faite dans la thèse de M. Degos et les traités de Dermatologie. Nous rappellerons cependant très brièvement en quelques mots son histoire et ses principaux caractères distinctifs.

L'idée d'une étiologie infectieuse streptococcique de cette affection date de 1901 (publication de Von Brunsgaard).

Depuis la bactériologie montre la fréquence du strepto-coque dans les infections dermo-épidermiques. (M. Sabouraud : Méthode des cultures en bouillon pipettes).

La Clinique à son tour fournit des précisions. En 1917 M. le P^r Gougerot, défenseur de l'origine microbienne de nombreuses lésions épidermiques, publie un travail du plus haut intérêt, dans lequel il apporte pour la première fois des faits cliniques précis

en faveur de leur étiologie infectieuse streptococcique : « Les épidermites microbiennes érythémato-squameuses généralisées, simulant une dermite exfoliatrice ».

En 1929, M. Milian après avoir identifié l'érythrodermie vésiculo oedémateuse arsenicale, conçoit l'existence d'une érythrodermie streptococcique primitive. Il fait part de ses idées à ses élèves et quatre ans plus tard, l'un d'eux M. Degos soutient une thèse (Thèses de Paris 1933) sur « Les érythrodermies primitives streptococciques de l'adulte » où il définit un type nouveau qui ne paraissait pas avoir été entrevu jusque là : l'érythrodermie vésiculo oedémateuse primitive à strepto-coques.

Entre temps M. le P^r Agrégé Sézary et ses collaborateurs présentent à la Société de Dermatologie, deux cas d'érythrodermie streptococcique.

Actuellement cette affection est bien définie. Elle tire son individualité, moins du syndrome érythrodermique que de ses caractères cliniques et évolutifs qui relèvent d'une infection streptococcique cutanée et générale.

Elle est primitive, c'est-à-dire survient en l'absence de toute grande dermatose en cours d'évolution et de toute intoxication médicamenteuse ou professionnelle. Elle débute le plus souvent par un syndrome infectieux intense : angine, frissons, fièvre, vomissements. L'éruption cutanée suit de très près ces phénomènes. Elle prend naissance au voisinage d'un foyer initial localisé, siégeant n'importe où sur le corps et dont la nature streptococcique est quasi certaine : parakératose infectieuse, dermite érysipélateuse etc. Elle se généralise en un temps variable, parfois très vite, une

ou deux semaines, parfois beaucoup plus lentement, trois à six semaines.

Le mode d'extension le plus fréquemment observé se fait de proche en proche pendant quelques jours, puis apparaissent des foyers à distance, qui évoluent chacun pour son propre compte et finissent par confluer.

L'évolution se fait ainsi par étapes successives. Chaque poussée éruptive est escortée par un syndrome d'infection cutanée se surajoutant à l'érythème, lésions d'impétigo, intertrigo rétro-auriculaire, abcès sous-cutanés, streptococciques etc., et annoncée par une hypertrophie ganglionnaire douloureuse, une élévation brusque de la température donnant à la courbe générale une allure désarticulée.

A la période d'état, l'affection répond à la définition de Darier donnée plus haut. Le malade est complètement rouge, sans espace de peau saine. Il est recouvert de squames, abondantes en certains endroits, rares en d'autres, qui peuvent être furfuracées, pityriasiques ou lamelleuses. Il est en outre en proie à un prurit très intense, subissant des paroxysmes très violents à la chaleur.

Cliniquement l'érythrodermie streptococcique comporte deux formes, l'une majeure, l'autre de moindre gravité. Celle-ci revêt le type érythémato-squameux sec qui répond à la description de la maladie de Wilson Brocq et des cas de M. le P^r Gougerot. Elle est d'un pronostic bénin et de traitement facile.

La forme vésiculo-oedémateuse reproduit le tableau de l'érythrodermie arsenicale. L'oedème est succulent, dur, rosé, inflam-

matoire, douloureux et ne gardant pas le godet à la pression. Le suintement est très abondant, il arrive parfois à inonder le linge et les draps et dégage une odeur butyrique extrêmement désagréable. Son pronostic est sévère à cause des fréquentes complications qu'elle donne, sa guérison est difficile, mais non impossible. Nous avons vu des cas non septicémiques parfaitement guérissable.

TRAITEMENT HABITUEL

Nous serons très bref sur les diverses médications qui ont été essayées dans l'érythrodermie streptococcique. Cette affection étant récemment individualisée, son traitement n'est pas très varié.

Il comporte des soins locaux et des soins généraux auxquels est adjoint un régime lacto-végétarien.

Les soins locaux visent à éteindre les foyers initiaux et à lutter contre l'infection cutanée. Ils s'adressent particulièrement aux antiseptiques : le permanganate de potassium en bains généraux (0 gr. 20 par bain) et en pansements humides ; la solution alcoolique au vert de méthyle de Milian, l'eau boricquée, l'alcool iodé, le nitrate d'argent en solution au 1/20 (sur les lésions suintantes) et l'eau d'Alibour (après ouverture des bulles purulentes) (M. Gougerot) en tamponnements ou en badigeonnages ; les pommades à l'oxyde jaune (M. Sézary), au baume du Pérou, au baume de Duret, à la pâte de Gaucher, au Collargol au 1/20, à la Glycérine iodée, en applications cutanées.

Les soins généraux s'appliquent surtout à la forme œdémateuse : les diurétiques tissulaires : la théobromine 1 gr. 5 par jour pendant six jours, l'extrait thyroïdien 0 gr. 05 par jour pendant huit jours, luttent efficacement contre les œdèmes ; le sérum antistreptococ-

cique de Vincent, 60 cc. tous les deux jours jusqu'à concurrence de 200 cc. à 500 cc., contre l'infection générale ; opium et belladonne contre le prurit.

La radiothérapie a pu donner quelques bons résultats.

La vaccination ne semble pas avoir eu beaucoup de succès.

Le régime comporte des laitages, des légumes verts, des fruits mûrs et tout aliment dynamogène, c'est-à-dire riche en vitamine.

TRAITEMENT PRECONISE CHEZ NOS DEUX MALADES

Il comporte principalement la crème d'Alibour localement et les chocs conjugués et alternés.

I. — La Crème d'Alibour :

composition, indication et méthode d'application.

L'efficacité de l'eau d'Alibour sur les lésions cutanées streptococciques (impetigo, écthyma etc.) est connue depuis fort longtemps, On sait également que cette médication un peu trop styptique et astringente peut avoir parfois une action brutale sur nos téguments. Sans penser à réduire son emploi en thérapeutique où elle est d'un grand secours pour le médecin, on a essayé d'atténuer son effet nocif. Sabouraud conseille de lui adjoindre une crème de zinc dans l'impetigo. De Herain la fait incorporer dans une pommade et une crème dont la formule est la suivante :

Crème d'Alibour (De Herain)

Sulfate de cuivre	{ a à 0,10 à 1 gr.
Sulfate de zinc	
Soufre précipité et lavé	1 à 5 gr.

Carbonate de Magnésie	} a â	12 gr.
Lanoline		
Huile		
Eau		60 gr.

qu'il préconise dans un très grand nombre de dermatoses. Sous cette forme, elle rend en effet des services appréciables dans le traitement des lésions disséminées, siégeant dans des régions où il est difficile de maintenir en permanence des pansements humides.

Depuis cet auteur, la crème d'Alibour a vu sa constitution changer suivant le rôle que veut lui faire jouer le praticien. Aujourd'hui elle est entrée dans la pratique dermatologique courante. C'est à elle que nous nous sommes adressé pour lutter contre l'infection cutanée chez nos deux malades.

Sa composition telle qu'elle est employée dans le service de notre Maître M. le P^r Agrégé Sézary est la suivante :

	Forte . . .	Faible
Sulfate de cuivre	0,15 gr.	0,10 gr.
Sulfate de zinc	0,25 gr.	0,15 gr.
Lanoline	} 25 gr.	25 gr.
Eau distillée		
Vaseline	50 gr.	50 gr.
Oxyde de zinc	5 gr.	5 gr.

C'est une médication antiseptique et désinfectante, grâce à sa base qui est très active : le sulfate de cuivre et le sulfate de zinc.

a) Le sulfate de cuivre ou vitriol bleu des alchimistes est un antiseptique puissant et un caustique astringent. On l'emploie à l'extérieur en ophtalmologie sous forme de collyres de 1/1000 à

1/100, ou en crayons (pierre divine), dans le traitement des conjonctivites granuleuses et chroniques, en dermatologie sous forme de lotions (lotion des éczémateux 0 gr. 10 par litre) de pommades (pommades d'Alibour), de poudres (de Herain). Il sert à préparer l'eau d'Alibour et les crayons médicamenteux. Mauté l'a employé en pansements humides et en bains.

b) Le sulfate de zinc ou vitriol blanc est utilisé pour l'usage externe comme antiseptique et astringent légèrement caustique. En ophtalmologie on le prescrit sous forme de collyres au 1/100 contre la blépharite et la conjonctivite. En dermatologie il a également été employé pour le traitement de la furonculose et de l'impétigo (eau d'Alibour).

C'est certainement à l'association de ces deux substances puissamment antiseptiques, que la crème d'Alibour doit son très grand pouvoir bactéricide.

Son succès constant dans diverses streptococcies cutanées justifie son emploi dans l'érythodermie streptococcique. Il ne semble pas qu'elle transforme le pronostic de la forme vésiculo œdémateuse septicémique, mais elle favorise considérablement l'évolution vers la guérison dans les formes apyrétiques et surtout les formes sèches. La désinfection quotidienne de la peau, cet immense champ de culture pour le streptocoque, empêche celui-ci d'affluer vers l'intérieur, et diminue ainsi les risques de complications. Chez nos deux malades en effet, nous n'avons relevé à aucun moment des traces de perturbations rénales ni thermiques (pas d'albuminurie, urée sanguine à 0,28 température à 37 ou 37°8).

La crème d'Alibour est une médication inoffensive qui doit être employée jusqu'à la guérison. Elle ne détermine aucun phéno-

mène toxique, mais provoque parfois de l'irritation. Celle-ci est due à la lanoline. Ce fait a été démontré par notre maître M. le P^r Agrégé Sézary par la méthode des tests cutanés. Il a en effet pratiqué sur l'avant bras d'une malade qui ne supportait pas la crème d'Alibour, des épidermo-réactions avec la crème et avec ses composants incorporés à une pâte à l'eau, et il a constaté que seules étaient positives celle de la lanoline et celle de la crème. On remédie facilement à cet inconvénient en prescrivant une pâte à l'eau d'Alibour pour ne pas priver les malades des bienfaits d'une médication aussi précieuse.

Voyons maintenant comment on applique la crème chez les malades atteints d'érythrodermie ou de toute autre dermatose microbienne.

Méthode opératoire :

« Pour favoriser l'organisme dans sa lutte contre les agents infectants, et par là aider à la guérison, il ne faut employer que des substances dites cytophylactiques, c'est-à-dire respectant les cellules, ou des antiseptiques doux aussi peu offensifs que possible pour nos éléments. »

(Darier)

Ce principe énoncé par Darier doit-être toujours présent à la mémoire, chaque fois qu'on doit s'adresser à un antiseptique. Nous avons vu que la crème d'Alibour provoque de l'irritation par la lanoline qu'elle contient. Elle doit être maniée avec prudence. On déterminera préalablement la tolérance probable de l'épiderme sur lequel on désire l'appliquer. Pour cela, sur un segment du corps, de petite étendue, appliquer la crème d'Alibour (faible), enduire le reste du corps avec la pâte à l'eau ou le cérat de zinc, envelopper le malade dans une alèze bien propre et le placer dans un lit

bien chaud. Laisser agir pendant 24 heures. Dès le lendemain, si aucune réaction d'intolérance ne s'est manifestée, étendre l'application de la crème à toutes les lésions épidermiques. Continuer ce traitement pendant huit jours. Au bout de ce laps de temps procéder de la même façon avec la crème forte et alterner ainsi ces deux crèmes en surveillant attentivement les réactions cutanées. On aura soin de badigeonner les lésions suintantes avec une solution de nitrate d'argent au 1/20 (eau distillée 100 gr., nitrate d'argent 5 gr.) avant l'application de la crème. Si la crème est mal tolérée, la remplacer par une pâte à l'eau d'Alibour. Il est utile d'intercaler de temps en temps pendant une semaine à 15 jours, des applications de pâte à l'eau ou de cérat de zinc.

Sur les lésions impétigineuses, appliquer directement la crème d'Alibour sur les bulles, après les avoir ouverte et sur les croûtes qu'on aura soin de faire tomber le lendemain.

II. — Les traitements par le choc.

Pour M. Sézary cette thérapeutique vise à provoquer des changements dans les conditions biologiques du malade, en faveur desquels se produit l'amélioration.

Elle est constituée par un groupe de méthodes présentant deux caractères bien particuliers :

1° Aucune d'elles n'a une action constante.

2° Les résultats obtenus sont parfois passagers.

Ces traitements produisent généralement un effet très rapide.

Si une médication ne donne aucun résultat au bout de trois semaines mieux vaut lui substituer une autre.

Les procédés les plus usuellement employés sont :

Le choc spécifique.

Le choc non spécifique.

C'est à ce deuxième procédé que nous nous sommes adressé pour traiter nos malades.

Pour provoquer le choc on utilise tantôt des substances protéiniques tantôt des substances non protéiniques.

a) Proteinothérapie :

Lait en injections sous-cutanées espacées d'un à deux jours 0.5 cc., 1 cc., 2 cc. . . . jusqu'à 5 cc. en faisant une série de 10 injections.

Autohémothérapie 10 à 20 cc. tous les 2 jours par série de 8 à 10 injections.

b) Choc non protéinique :

Voie intra-veineuse : l'hyposulfite de soude préconisé par Ravault en solution à 20 %, 10 cc. pour la première injection, 20 cc. pour les autres, par série de 10 à 12 injections trihébdomadaires ; le chlorure de calcium en solution de 10 % injections lentes de 5 à 10 cc. tous les 2 jours.

Voie intra-musculaire : l'huile soufrée en solution à 1 %, par série de 8 à 10 injections 1 cc., 2 cc., 2 cc., etc., les extraits des albuminés de rate ici cessation rapide du prurit surtout si les injections sont faites au moment où l'éruption a atteint son acmé.

Ces chocs peuvent être soit alternés c'est-à-dire une période

à chaque médication, soit conjugués c'est-à-dire pendant la même période une injection de chaque médication. Chez nos deux malades nous avons conjugué hyposulfite de soude et sang ou lait, extrait splénique et sang, etc. Nous avons même fait des injections simultanées le même jour. Nous n'avons pas craint de continuer les chocs jusqu'à la guérison. Nous serons complets si nous ajoutons accessoirement aux traitements de fond : chocs et crème d'Alibour.

Les diurétiques : théobromine 1,5 gr. par jour.

Les diurétiques : théobromine 1,5 gr. par jour, par périodes de 10 à 15 jours.

Les tonicardiaques : Digitaline par cure de 60 gouttes.

Le régime.

Comme c'est une maladie de longue durée, celui-ci ne sera pas trop sévère. On prescrira de la viande de boucherie rouge (bœuf, mouton,) ou du poulet adulte, grillés ou rôtis, des légumes verts cuits à l'eau et beurrés à table, des pâtes, du riz, de la pomme de terre, des laitages, des bouillons de légumes, des fromages non fermentés.

On favorisera la restauration des téguments en conseillant des légumes crus, des fruits crus ou bien mûrs à cause de leur richesse en vitamines.

On défendra poissons, crustacés, coquillages, viande de porc, d'oie, de dinde, de canard, charcuteries, salaisons, conserves, œufs, choux-fleurs, oseille, truffes, asperges, fraises, alcool, vin pur, café noir, thé fort, condiments,

RESULTATS

Le succès de ce traitement conçu par notre maître M. le P^r Agrégé Sézary et logiquement conduit, est bien illustré par les deux observations que nous rapportons.

Au début, le tatonnement retardait l'effet salulaire, mais bientôt le prurit disparaissait, le suintement diminuait et la desquamation devenait moins abondante. La nitratisation a contribué beaucoup à la cicatrisation des lésions érosives et suintantes.

Observation I

Le B... J... âgé de 50 ans, fermier, entre dans le service le 3 octobre 1933 en pleine érythodermie généralisée.

Le début remonte au mois d'avril. C'est en pleine santé apparente qu'est apparue une éruption constituée par de petits éléments rouges papuleux et prurigineux, éruption qui partie des régions inguinales avait gagné rapidement le scrotum. Le malade n'avait pris auparavant aucun médicament ni reçu aucune injection.

Très vite, alors que l'éruption prenait l'aspect vésiculeux et s'étendait sur l'abdomen, de larges nappes d'emblée érythémato-squameuses apparurent sur la face interne des cuisses,

Malgré ces phénomènes, l'état général était satisfaisant et la température oscillait autour de la normale.

Un traitement par une pommade à l'oxyde de zinc n'avait amené qu'une amélioration légère et passagère.

Deux mois plus tard, une nouvelle poussée localisée d'abord aux poignets avait envahi de proche en proche tous les membres supérieurs. Rapidement elle fut suivie par l'éclosion de bulles et de grosses vésicules disséminées sur la face dorsale des mains.

La peau sous jacente était infiltrée et desquamait en larges lambeaux, surtout à la face palmaire.

Diverses pommades et nombreux laxatifs n'ont amené aucune amélioration et la maladie continua à évoluer gagnant chaque jour du terrain, jusqu'à généralisation complète qui décida l'hospitalisation.

A l'examen du malade le lendemain de son entrée dans le service, on est frappé par l'aspect et l'étendue de l'affection cutanée. Toute la surface des téguments est atteinte par l'éruption. Certaines régions, en nappes limitées sont plus intensément rouges, particulièrement la face interne des cuisses, le scrotum, les aisselles et la région lombaire.

Une desquamation abondante recouvre tout le corps. Les squames sont furfuracées et pityriasiques en certains endroits, lamelleuses en d'autres : face externe des membres, dos. De part en part des espaces rouges et non squameux donnent à la peau un aspect moucheté.

Celle-ci est très infiltrée, impossible à plisser et chaude. Le

malade accuse une frilosité inhabituelle, il éprouve des sensations alternatives de chaud et de froid.

La face est craquelée et comme enfarinée ; les sourcils sont clairsemés et les cils rares. Le cuir chevelu, les lobules des oreilles, les sillons rétro-auriculaires, les commissures labiales, le menton sont recouverts de lésions impétigineuses : bulles, croutes mélicériques, érosions.

Les mains sont gonflées, fissurées et suintantes ; au niveau des plis de flexion, la sérosité plus abondante se dessèche et forme des croutes.

Les ganglions axillaires et ceux de la région inguinale droite sont empâtés et sensibles.

L'examen général ne révèle rien d'anormal.

La température est aux environs de 37° 3.

Les urines dont le volume n'a pas dépassé 1 l. 500 ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Les réactions de Hecht et de B. W sont négatives.

L'urée sanguine est à 0, 28 gr.

La numération globulaire a donné :

G. R. 5.300.000	/	Poly	61 %
		G. Mono	5 %
		M. —	4 %
G. B. 7.700 avec	)	Eosino	2 %
		Monocytes	2 %
		Lymph	26 %

T. A. 14-9

En résumé il s'agit d'un malade qui présente une dermatose ayant tous les caractères de l'érythrodermie streptococcique : son début sans cause apparente autour d'un foyer streptococcique (plaques d'érysipèle des régions inguinales), son évolution par poussées successives avant de se généraliser à tout le corps, l'apparition très précoce de lésions impétigineuses, l'infiltration caractéristique, spéciale au streptocoque. C'est une forme vésiculo oedémateuse dans laquelle l'œdème est peu considérable et où la température subnormale a rarement dépassé 37° 8, rendant toute la durée de l'évolution.

Le traitement décrit plus haut est institué en conséquence.

Octobre : Une série de lait (0,5 cc., 1 cc., 1,5 cc., 1,5 cc.... jusqu'à 5 cc.) suivie d'une série d'huile soufrée à 1 % (1 cc., 2 cc., 2 cc., 3 cc., 3 cc....) en injections intra-musculaires.

Dès le lendemain de la deuxième injection d'huile soufrée, légère amélioration qui ne dure qu'un jour et disparaît pour réparaître le lendemain de l'injection suivante et ainsi de suite.

Localement, la crème d'Alibour mal supportée est remplacée par le cérat de zinc que l'on emploiera jusqu'au 10 novembre.

Novembre : Une série d'hyposulfite de soude (10 cc., 20 cc., 20 cc....) en injections intra-veineuse et une deuxième série d'huile soufrée.

Le 11 on substitue au cérat de zinc une pâte à l'eau d'Alibour qui semble produire un effet favorable les jours suivants.

Le 25, au milieu de la série soufrée, diminution considérable du suintement et du prurit, mais la peau reste rouge, chaude, infiltrée et squameuse.

Le poids qui était à 75 kg. 600 à l'entrée descend à 71 kg.

Décembre : Une série de 14 injections d'hyposulfite de soude, nouvel essai de la crème d'Alibour mais cette fois après un nitratage préalable des lésions guéries avec une solution au 1/20. Cette nouvelle combinaison donne de très bons résultats : le peau est moins rouge et commence à se dessécher, le prurit est discret.

Janvier : Le malade refuse le nitratage à cause de la couleur noire qu'il donne. Essai d'une pommade à l'oxyde jaune et d'une autre à l'acétyle. Effet désastreux : réapparition de la rougeur du suintement et du prurit. Retour au cérat de zinc et après 10 jours à la crème d'Alibour, elle est de nouveau mal supportée. La température atteint 38°, le poids 60, le malade se sent très fatigué.

L'Autohémothérapie d'abord, ensuite simultanément avec l'Holospiérine et enfin l'Holospiérine seule, produisent une amélioration appréciable.

Février : Une série d'hyposulfite, une série de Juit et une série d'Holospiénine.

A l'extérieur la crème d'Alibour associée au nitratage est reprise. Le malade va beaucoup mieux. Il s'alimente bien et engraisse. On continuera son application jusqu'à la guérison du malade en l'alternant avec la pâte à l'eau d'Alibour et au cérat de zinc, pour ne pas trop habituer le streptocoque à la même médication.

Mars : Une série de calcitonine, une série d'Autohémothérapie conjuguée avec une série d'extrait archytique, et une série d'Autohémo seule.

Avril : Deux séries de lait, état stationnaire.

Mai : Autohémothérapie et hyposulfite, vaccin antipyogène et lait, Autohémio et vaccin antipyogène. Chacune de ces combinaisons a été faite pendant une semaine, à raison de trois injections par semaine. Le malade a un état général satisfaisant ; il est très amélioré au point de vue cutané et semble reprendre espoir. La diurèse commence à augmenter.

Juin : Une seule série d'Holosplénine. A partir du 18 et pendant 10 jours, administration d'un lavement frais au sulfate de soude. L'état du malade continue à s'améliorer. La diurèse atteint 2 litres.

Juillet : Malgré la guérison qui semble complète, continuation des chocs comme ils ont été fait plus haut. Le malade va chaque jour mieux et le 21, il sort complètement guéri.

Des analyses fréquentes n'ont jamais d'albumine dans les urines, leur volume est allé en augmentant depuis juin jusqu'à la sortie.

Aucune complication viscérale n'a été observée.

La température est restée aux environs de 37° à 37° 8.

Observation II

D.. E... âgé de 56 ans, bouvier, entre dans le service le 23 octobre 1934, en pleine érythodermie généralisée.

Il fait remonter le début de son affection au mois de janvier. A cette époque, sans cause apparente il fut pris brusquement de malaises indéfinissables accompagnés de frissonnements et de

transpiration exagérée. Bientôt une douleur d'abord fugace, ensuite continue, apparaissait au genou droit. Une asthénie marquée contraignit le malade à s'aliter.

Quelques jours plus tard, on ne peut préciser la durée de cette phase prodromique, apparaît une plaque érythémateuse et douloureuse, localisée au membre inférieur droit. L'érythème a ensuite envahi progressivement et de bas en haut tout le corps. La face qui semblait respectée pendant un certain temps fut prise à son tour.

Cette éruption était prurigineuse sur toute son étendue. Le malade était en proie à une soif très vive, transpirait abondamment et éprouvait une frilosité continuelle et inhabituelle. La température pendant toute cette période aurait été élevée, mais on a aucune précision.

De la fin de janvier, au début d'août le malade est traité chez lui par des pommades et des injections. Il se rappelle avoir eu une forte diarrhée à la suite d'une injection de lait. Il entre alors à l'hôpital de Clermont où il fut traité d'août à octobre, date à laquelle il est dirigé sur Saint-Louis.

A son entrée dans le service on est frappé d'emblée par l'intensité de l'éruption. La peau est uniformément rouge sans espace de peau saine. Les téguments sont infiltrés, l'épiderme desquame en larges lambeaux. L'œdème est généralisé et marqué surtout aux membres inférieurs et au scrotum. C'est un œdème d'ur, ne prenant pas le godet, donnant à la face un aspect caractéristique. Toute la surface du corps est abondamment suintante, nécessitant le changement des draps trois fois par 24 heures.

Le prurit est continu et insupportable par son intensité. Il subit des paroxysmes très violents à la chaleur.

On note en outre une inflammation des paupières, du suintement à l'angle interne des yeux et de la rougeur des conjonctives. On trouve des croutes mélicériques disséminées aux commissures labiales, autour des orifices nasaires, aux oreilles.

Il y a une polyadénopathie surtout marquée aux territoires inguinaux où ils atteignent le volume d'une noix. Ils sont hypersensibles.

L'examen général ne révèle aucune atteinte viscérale apparente cœur, foie, rate, poumons sont normaux.

Le volume des urines est diminué et ne dépasse guère un litre par 24 heures. Pas de glycosmie. Pas d'albuminurie.

Les réactions de Hecht et B. W. sont négatives.

La glycémie est à 1 gr., l'urée sanguine à 0,28 et la constante d'Ambard à 0,09. La température entre 37° et 37° 8.

Une numération globulaire a donné les résultats suivants :

G. R. 3.380.000	}	Poly	63 %
		G. Mono	2 %
		M. —	25 %
G. B. 7.300 avec		Eosino	7 %
		Monocytes	—
		Lymph	13 %

En résumé il s'agit d'une dermatose qui a débuté par des phénomènes généraux chez un sujet qui était auparavant bien

portant. Les caractères cliniques et évolutifs de cette affection ne laissent pas de doute sur sa nature infectieuse streptococcique. C'est une érythrodermie streptococcique.

On institue le même traitement que précédemment, c'est-à-dire chocs conjugués et crème d'Alibour avec accessoirement théobromine et digitaline, car dans ce cas l'œdème était plus important et la courbe de poids a été nettement influencée par la théobromine.

Du 26 octobre au 21 novembre, le malade reçoit une série de lait et une série d'Holosplénine conjuguées.

Dès le début de novembre, on enregistre une baisse notable du poids et une augmentation de la diurèse.

Du 23 novembre à la fin de décembre il reçoit quatre séries conjuguées d'Hélohépathie et Autohémothérapie, d'une part de lait, et d'hyposulfite de soude d'autre part.

Localement nous avons continué à appliquer la crème d'Alibour qui n'a déterminé aucun phénomène inflammatoire. Une cure de digitale et plusieurs cures de théobromine ont également été administrées.

Le poids a toujours continué à baisser, la desquamation se faisait en larges lambeaux laissant à découvert une peau rouge.

De décembre jusqu'à la guérison complète nous avons continué le même traitement, en laissant le malade au repos entre les cures, quand l'amélioration était manifeste,

Deux incidents sont survenus au cours de ce traitement.

Le 8 mai, un accès de cyanose avec troubles respiratoires et secousses spasmodiques du diaphragme était survenu à la suite d'une injection intra-musculaire de 5 cc. de lait.

Le 18 juillet, des abcès sous-cutanés au niveau de l'abdomen et des membres inférieurs nous ont fait cesser le traitement, mais bientôt tout rentrait dans l'ordre et le malade sortait complètement guéri le 11 août 1935.

Pendant toute la durée de la maladie nous n'avons pas trouvé d'albuminurie.

La température est restée subnormale entre 37° et 37° 8.

Aucune complication viscérale n'a été constatée.

CONCLUSIONS

1° Les érythrodermies streptococciques n'étant individualisées que depuis 1917, leur traitement est encore mal connu.

2° Si la forme vésiculo-œdémateuse à allure septicémique est mortelle, elle n'est heureusement pas la règle et il existe des formes vésiculo-œdémateuses et squameuses parfaitement guérissables sans récurrences.

3° Il nous a semblé que la crème d'Alibour a eu une action certaine dans la lutte contre l'infection streptococcique cutanée. Son mode d'action s'explique par l'affinité bactéricide du sulfate de cuivre et du sulfate de zinc.

4° L'application doit se faire avec prudence, on doit d'abord évaluer la tolérance probable de l'épiderme, ceci à cause de l'irritation que l'on doit mettre sur le compte de la lanoline.

Bien appliquée elle est d'une innocuité absolue et ne détermine aucun accident toxique.

5° Il faut associer à ce traitement local, un traitement par le choc.

BIBLIOGRAPHIE

BRUNSGAARD (Von) : Ein Beitrag Zür Kenntmiss der Dermatitis
Exfoliativa universalis acuta Wilson Brocq (Dermatologische
Zeitschrift, t VIII, 1901, p. 571)

Beitag Zu den Tuberkulösen Hauteruptionen Erythro
dermia exfoliativa universalis tuberculosa (Arch. für
Dermatund Syph 1903, t. L XVII, p. 227)

DARIER : Précis de Dermatologie.

DEGOS : Les érythrodermies primitives streptococciques de l'adulte
(Thèses de Paris 1933, t. 19)

de HERAIN : Le sulfate de cuivre en thérapeutique (Presse
Médicale, 31 octobre 1918).

GOUGEROT : Les dermo-épidermites microbiennes de guerre et
leur traitement (Revue de Médecine, t. XXXV, 1916,
p. 342-401)

Epidermites microbiennes érythémato squameuses
généralisées simulant une dermite exfoliatrice (Journal des
praticiens. 30 juin 1917, n° 26, p. 401)

Importance des dermo-épidermites microbiennes en médecine infantile (Journal des Praticiens, 15 décembre 1917 n° 50 p. 785).

Les dermo-épidermites microbiennes en carapace. (Paris-Médical, 12 juin 1920, p. 497).

HAUSHALTER : Un cas de dermatite exfoliatrice primitive généralisée subaigüe. Recherches bactériologiques (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1890, p. 396).

MAUTE A. : Traitement des streptococcies cutanées par les sels de cuivre en applications locales, et les injections intra-veineuses de sulfate de cuivre ammoniacal (Presse-Médical 22 juillet 1918).

MILIAN : La nouvelle pratique dermatologique. Masson et C^{ie}, t. IV.

Erythème arsenical œdémateux desquamatif (Bulletin de la S. M. H., 12 décembre 1919, p. 1055).

La classification des accidents des arsenobenzènes (Paris-Médical, 1924, p. 197).

Maladie cyclique trisymptomatique probablement infectieuse (Trisyndrome) (Revue de Dermatologie et de Vénérologie 1928, p. 454).

MILIAN et DEGOS : Erythrodermies primitive à Streptocoques. (Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, nov. 1931, p. 1300).

Erythrodermie vesiculo œdémateuse primitive à streptocoques (Revue franç. de Dermatologie et de Vénérol., avril 1932, p. 200).

Les croutes impétigineuses dans l'érythrodermie arsenicale
(Paris-Médical, 16 janv. 1932, p. 65).

MILIAN et MASSOT : Erythrodermie vesiculo œdémateuse streptococcique (Revue franç. de Dermato et de Vénérolo., avril 1932, p. 221).

MILIAN et PERIN : Erythrodermie streptococcique (Revue franç. de Dermato. et de Vénérolo. avril 1932, p. 218).

SABOURAUD : Les treptococcies épidermiques (Paris-Médical 1913, IX, p. 313).

Entretiens Dermatologiques (Doin 1913, p. 308).

Pyodermites et éczéma (Masson 1928, 2^e partie, p. 156).

A. SEZARY et GALLOT : Erythrodermie streptococcique (Soc. franç. de Dermato. et de Syphiligraphie, 7 juillet 1932, p. 1215).

A. SEZARY et Horowitz : Erythrodermie chronique streptococcique (Bull. Soc. franç. de Dermato. et de Syphilig. n° 4 avril 1931).

A. SEZARY et R. JOSEPH : Le traitement par les chocs conjugués et alternés (Bull. de la Soc. franç. de Dermato. 1934, p. 1559).

A. SEZARY et M. PERRAULT : Les méthodes de désensibilisations conjuguées (Le Progrès Méd. 1933, p. 2128).

A. SEZARY : Le changement des conditions biologiques générales

considérés comme agent thérapeutique (Le Progrès Méd. 1927, n° 49, p. 1937).

Les traitements par le choc en Dermatologie (La Presse Médicale, 1934, p. 1201).

VU :
Le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie
CHARLETY

VU :
Le Président de la Thèse,
H. GOUGEROT

